## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) Coshika (स्वास्थर वैखपाल) सहायता हेत् आवेदन प्रारूप foundation APPLICATION DATE: APPLICATION No. : Guiding block of life. 5745 आवेषन संख्या : AGE-YEARS आयु-सर्ग BEX लिंग NAME OF APPLICANT : Singh Letan आबंदफ का नाम 11 FATHER'S/SPOUSE'S MAME : Ram Phushi ya पिता/कटुम्प का नाप PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तपान व्यवासीय पता Vill 4pn -Balgrai Preop Postop (CH5) Lotan Singh ka didikinah u Dista 11011 -PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्माई अवालीय पता above. Sume. MA DOCUPATION | MARRIED (TORGE) / UNMARRIED (MEARIE) DEMINE TOTAL ANNUAL INCOME: (Altach Proof of Inocmo) NA 18500 यूस पार्थिक आद PAN No. 1410 SECT HERE ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tlok whichever is applicable): Yes / No er i topi क्या आप आप कर राता है (जो मान्य हो तस मा सही का निशान लगामे। FAMILY DETAILS TRAIT COURT Name of Femily Member Age (Years) Gendar Relation with Applicant Br. No. क्रम संख्य परिवार के सदस्यों का गाम आवेदक के साथ सम्बद्ध उप्र (वर्ष) Refer fabrolles had a 世紀を Section 191 Rhan Smak 44 (2.) 41 RELIGION m 1500 (1.1) SERVERY 30. 1-0.02 KIES (4.) MARKETE 35 BABIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सदावता के लिये विनति आधर SPL Card EWE Cortificate (Attach Certificate Copy) Ration Card Any Other (Attach Card Copy) (Attach Copy) Basis Proof डपधोषता फाइ गरीको रेखा को नीचे प्रमाग पत्र करूप साथ वर्ग प्रमाण पत सन्य कोई साक्ष्य (प्रसाप पत्र को कावा प्रति सक्तर भरे। ेप्रान्त पर भी साथ प्रति संतान करे। (प्रमाग यत्र की स्थवा प्रति संतप्त करे। "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE. सहायता हेतु किये गये किनती का अब्देशक: Madical Reports/Prescriptions Attached Br. No. आमवाल/डॉक्टर से बारी की गई प्रतिषेदन सुची संतरन क्रम संदर्भ Tens ( 1135 LE SUMMAHU ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहस्याग किसी अन्य स्त्रांत में लिख गया हो? AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED NAME of OTHER SOURCE Sr. Ma. ती को सहायता रासी क्रम संख्या अन्य प्रयोग का पान SCEN

## DECLARATION BY APPLICANT: SPRING BIT YOUT UN:

- 1) thereby confirm that at octain in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement withrencer my Application & ongoing assistant liable for rejection/cancollation.
- I solemnly confirm that esalistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which euch assistance. was requested by me,
- 3) thereby confirm that I have not & will not in future, avail of relimbureament, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the employer. for which this assistance is requested.
- 1) मैं बेबला करता है कि इस प्रकार में किने गये सभी विकास मेरी जनकारों के अनुसार संख्य हुई है। यह कोई विकास एवं कथन असला मण बात है से मेरी सवायम निरास की वा सकते हैं।
- 2) भेरे इस औ प्रशासन एकि "बोशिका काउन्हेंबन", से सी जा रही है, उसका रणबीग उसी उदेश्य की पूर्ति के सिये किया करेगा, जो इस प्ररूप में पर एक है।
- 1) मैं होंच काल हैं कि किए रहायत हेर पर प्रार्थना की गई है, इस तकि का अधिक या सकल हिस्सा किसी अन्य योगानियोगकाओंच कान्सी से न से लिया है और न ही पविष्य में लीय।

## AGREEMENT by APPLICANT ( कार्युटक दारा चरार)

- 1) By affixing my signature or thumb Impression on this Form. I (Applicant) hereby egree & authorise Keshika Poundation and it's Trustees la use/publish/bull-up/reproduce my name, address, pfloto & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation end/or disseminating information about it's activities activities nents. Such use of my photo & details can be made by Koshika Pounded on before or after my treatment or fulfilment of the "purpose". for which assistance is being requested
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & datails of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not autometically entitle me for receiving or continuing the said essistance. The doctrient for granting and/or continuing the assistance will rest safely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to ma-
- 🗅 इस प्राप्त पर अपने हरतका स अंगते की साथ सराका, ٌ (अर्थवक) अपनी सहयति की पुष्टि काला हूँ एम "कांग्रेस्ता फाटडेशन और दराने नालीयें " की आंधिकृत करता हूँ कि मंग्र जन, पता, फोटो और जो निजला इस प्रत्य में सोधित है, उसे "कोशिकर" एतम् कार्या, एन, समन/भ दूसरे उद्देश्य में युद्धी गोरिकिमियों और उपलब्धियों के दिस्ये किसी भी उत्तर साध्यम से प्रमानि करने में लिए ऑपेक्टर है। मेरे प्रपत्न का दिवारण मेरे प्रसाद में पहले का बाद में कारने में लिए "कॉलिका पारटॉलन" व न्यारी अधिवार है।
- 2) में (अप्रेतक) इस बात से सहपत हैं कि पेरा नाप, पता, फोर्ट और विवरण जो कि सहस्था के उद्देश्यों से प्राधित है गुड़े रखा। सहस्था का हमाराए नहीं बनाया। इस सम्बंध ने "कोहिका" एवए उसके व्यक्तियों का निर्मय औरम और बाग्यकरी द्वीगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आनेशन के प्रशास या और का निरान

## AGREEMENT by HOSPITAL (STATE) (TO THER)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

f) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full. then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially sizes that the Hospital will not avail any duplicate essistance for the same patient/case from any other NGO or any other source. 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/concusted by the Haspital on the patient, is based on the arrengement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकात, इआध्ये की और में मामलेगोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" में मितिम सहत्यन हेतु तिफारिश की जाती है, तिली हम (इस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वंत्वार करते हैं। 1) नह कि न हो काँधन और न ही भूषिया में वितिय ग्रहायत किसी के समकती संख्यान या किसी सन्द त्यंत से तका मेनी मानत में तोने पा ले रहे हैं, कैसे कि इपने "कोशका धाउनदेशन" है जिल्लाहिए विनेत उस के सम्बद्ध में "कोरियक पायन्टेशन" द्वारा कर बैद्ध कि है। वदि "कोरियन कारन्टेशन" द्वारा करावत विनेत आधिक सम्बद्ध केंद्र स्वयुर नहीं किया जात है से अस्पराध विसी अन्य गेंग सरकारी संस्थ या किसी अन्य सस्तायन से सहापक्ष लेगे का अधिकार सुर्वित रखता है। इस पुष्टि में अन्य बढ़ा जाता है कि अल्पातन द्वितिय गर्द उस्त गेंगी।प्यमले केंद्र किसी पैर सरकारी संस्था था किसी अन्य साधन में नहीं लेफ लेगी।

2. "संक्षित काउन्हेंसन" से की गई स्थापन कंदल विकेश प्रकृति को कै। ऐपी पर बन्तवाल इस ये गई सलाह वर किये गये उत्पादशक्तिय वा बुनान ऐपी **अर्ट्स्यूरिया**ली कि के बीच का निक्य है और "क्रीसिक कार-नेशन" हान किसी उक्तर का ओई बबाव नहीं है। इससिये बस्पताल में ऐसी के इसाम सुध्य और उसने जाने की सूरि क्रिकेटारी को होगी और "बांहिका" की कोई पुष्कित या स्टिमंदरी इस याप्ते में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

ारे AWAL स्वीकृती के लिए मेस्तुति Date of Surgery ऑपरेलन की तारीख

> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्त का नम व इस्ताक्ष व र्यंत, न,

\* Winds (Name, Designation & Starng of Autitionsed Signatory on behalf of Hospital) नम व पर इस्त्वाल मध्यकृत अधिकारी

अन्तरिक उपयोग होत FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE I न्याची हालधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यामी हस्तक्षर 2